

TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE COM A PSICOLOGIA DIANTE DAS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL

COMMUNITY HEALTH AGENTS WORK WITH PSYCHOLOGY WHEN FACING MENTAL HEALTH ISSUES
TRABAJO DE AGENTES COMUNITARIAS DE SALUD CON LA PSICOLOGÍA FRENTE A LAS CUESTIONES DE SALUD MENTAL

Beatriz de Sousa Pinho ¹

Ronaldo Rodrigues Pires ²

Como Citar:

Pinho BS, Pires RR. Trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde com a psicologia diante das questões de saúde mental. *Sanare*. 2022;21(2):117-125.

Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Agentes Comunitários de Saúde.

Descriptors:

Primary Health Care; Mental Health; Community Health Workers.

Descriptores:

Atención Primaria a la Salud; Salud Mental; Agentes Comunitarios de Salud.

Submetido:

23/09/2019

Aprovado:

01/12/2022

Autor(a) para Correspondência:

Beatriz de Sousa Pinho
Rua Dom Manuel de Medeiros, 2100,
Parquelândia,
Fortaleza, Ceará, CEP: 60455305.
E-mail: beatrizsousa_pinho@hotmail.com

RESUMO

Agentes Comunitárias de Saúde lidam com diferentes demandas de saúde; entre elas, as questões de saúde mental dos usuários da sua área adscrita. Diante de algumas ações realizadas com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, pudemos perceber uma seletividade com relação a determinados casos relacionados à saúde mental. Vimos a necessidade de problematizar essas ações e refletir sobre as intervenções realizadas em colaboração para a melhoria do acesso e do cuidado realizado pela Estratégia Saúde da Família. Este trabalho consiste em um relato de experiência profissional que objetiva refletir sobre a experiência conjunta de trabalho entre a psicologia e as Agentes Comunitárias. Para isso, utilizamos o método da sistematização de experiência, construída com o apoio das anotações dos relatos de memórias e registros escritos da prática. Os resultados indicam uma ambiguidade por parte das Agentes Comunitárias no cuidado de questões de saúde mental, que oscilam entre o reconhecimento de determinadas formas de sofrimento psíquico e entre uma postura de distanciamento, estigmatização e ignorância em relação a outras. Percebemos que a atuação conjunta e a educação permanente das Agentes Comunitárias são imprescindíveis para proporcionar melhores resultados nas ações de saúde mental na Atenção Básica.

1. Psicóloga pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: beatrizsousa_pinho@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9321-9463>

2. Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE). Professor do Curso de Psicologia da Unichristus. E-mail: ronaldo.pires.psi@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2217-0097>

ABSTRACT

Community Health Agents deal with different health demands. Among them, the mental health issues of users in their assigned area. In face of some actions carried out with the Expanded Family Health Center (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) team, we were able to perceive a selectivity in relation to certain cases related to mental health. We saw the need to problematize these actions and reflect on interventions carried out in collaboration, aiming to improve access and care provided by the Family Health Strategy. This work consists of a professional experience report that aims to reflect on the joint work experience between psychology and Community Agents. With this in mind, we used the experience systematization method, built with the support of notes from memory reports and written records of the practice. The results indicate an ambiguity by Community Agents when caring for mental health issues, which oscillate between the recognition of certain forms of psychic suffering and a posture of distancing, stigmatization, and ignorance in relation to others. We realize that joint action and ongoing education of Community Agents are essential to provide better results in mental health actions in Primary Care.

RESUMEN

Agentes comunitarias de salud manejan con diferentes demandas de salud. Entre ellas, las cuestiones de salud mental de los usuarios de su área adscrita. Frente a algunas acciones realizadas con el equipo del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia, pudimos percibir una selectividad con relación a determinados casos relacionados a la salud mental. Vimos la necesidad de problematizar esas acciones y reflexionar sobre las intervenciones realizadas en colaboración para la mejora del acceso y del cuidado realizado por la Estrategia de Salud de la Familia. Ese trabajo consiste en un relato de experiencia profesional que objetiva reflexionar sobre la experiencia conjunta de trabajo entre la psicología y las Agentes Comunitarias. Para eso, utilizamos el método de la sistematización de experiencia, construida con el apoyo de las anotaciones de los relatos de memorias y registros escritos de la práctica. Los resultados indican una ambigüedad por parte de las Agentes Comunitarias en el cuidado de cuestiones de salud mental, que varían entre el reconocimiento de determinadas formas de sufrimiento psíquico y una postura de alejamiento, estigmatización e ignorancia en relación a otras. Percibimos que la actuación conjunta y la educación permanente de las Agentes Comunitarias son imprescindibles para proporcionar mejores resultados en las acciones de salud mental en la Atención Básica.

.....

INTRODUÇÃO

Como psicóloga residente da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde, e vinculada ao Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), deparo-me todos os dias com a riqueza e densidade do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Por fazerem parte da comunidade, estabelecem uma comunicação interpessoal muito mais efetiva com a população, possibilitando maior diálogo e aproximação dos serviços de saúde. Vemos aí, então, um enorme potencial dessas trabalhadoras, visto que, em sua maioria, são mulheres na colaboração de ações para a prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico, para a quebra de estigmas e preconceitos, bem como para a promoção da saúde mental na Atenção Primária em Saúde.

A Agente Comunitária de Saúde (ACS) é uma protagonista da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem por missão principal operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil¹. A ESF é

compreendida como: um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido².

O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que deu origem aos ACS e à ESF, foi implantado em 1991 como alternativa para melhorar as condições de saúde locais, principalmente em relação à mortalidade infantil. Os trabalhadores do programa eram pessoas oriundas da própria comunidade. Eles atuavam e faziam parte da produção de saúde. O programa intitulado como Programa de Saúde da Família, que logo depois veio a se tornar Estratégia Saúde da Família, ultrapassou os limites de um programa setorial de saúde e se transformou em uma forma de materializar a APS nas políticas brasileiras do Sistema Único de Saúde (SUS)².

Em relação ao âmbito territorial, as Equipes de

Saúde da Família aderem a um contexto de maior aproximação com as famílias da comunidade como uma condição necessária para a realização do seu trabalho. As Agentes Comunitárias de Saúde são os membros da equipe de maior conhecimento, vivência e vínculo com a realidade local, funcionando como elo entre comunidade e profissionais, ocupando os dois papéis, já que a maioria delas são profissionais que moram no mesmo lugar onde atuam³.

No que diz respeito às problemáticas atendidas, as ACS se deparam com inúmeras e variadas situações de saúde no seu dia a dia. A atenção ao sofrimento psíquico é uma delas. Portanto, a ESF deve ser também um lugar de atenção e promoção de saúde mental, tendo como linha de orientação dos seus processos de trabalho a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Esse referencial pressupõe a substituição do modelo tradicional de práticas em saúde mental asilar, hospitalocêntrico, focado na doença, por um modelo comunitário, que reconhece o sujeito em sua totalidade e no centro da atenção, respeitando sua singularidade. O atendimento das pessoas com transtornos mentais, a prevenção e promoção de saúde mental precisa fazer parte da rotina das equipes de saúde da família⁴.

O estreitamento da relação entre as equipes de saúde mental e atenção primária é uma das principais necessidades afirmadas pelas diretrizes da assistência em saúde mental hoje⁵. Entretanto, observa-se que a saúde mental é pouco contemplada nas capacitações das equipes de Saúde da Família, o que reduz o potencial da assistência dessas equipes, que têm a comunidade e o domicílio como espaço terapêutico⁶. Como uma forma de buscar superar esses desafios, vimos a criação de capacitações para os ACS, através das Diretrizes para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, em 2016, sendo a Atenção Psicossocial uma dessas linhas de cuidado⁷.

Outra iniciativa para fortalecer essa interlocução entre saúde mental e Atenção Básica foi o projeto “Caminhos do cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas)” para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENf) da Atenção Básica. Sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e articulado pela Casa Civil, esse foi um projeto que pensou sobre a relação entre Atenção Básica e Saúde Mental⁸. Os ACS são instruídos sobre formas de proceder diante dos usuários de álcool e outras drogas, sempre

baseados na lógica da Redução de Danos.

Mesmo com essas iniciativas, os desafios de lidar com o sofrimento psíquico do outro estão postos. Existe ainda um imaginário sobre a “loucura” construído na sociedade, ao longo dos séculos, e presente ainda na realidade atual. Essas representações sociais estigmatizadas, preconceitos, mitos, percepções geralmente negativas, ainda são encontradas no nosso cotidiano⁹.

Nos resultados da pesquisa realizada por Waidman, Costa e Paiano¹⁰, os Agentes Comunitários de Saúde que foram entrevistados tinham receio na abordagem aos sujeitos acometidos de transtornos mentais, por terem uma ideia de que esses são agressivos em sua maioria. Essa visão distorcida interfere na assistência e no acesso dessas pessoas aos cuidados de saúde em geral, além de gerar preconceitos e estigmas.

Observa-se também que eles não recebem formação suficiente sobre o tema e geralmente não possuem experiência em relação aos cuidados em saúde mental antes de se inserir na ESF. Além disso, costuma-se observar que os ACS não se sentem capazes de intervir em casos de transtornos mentais, não se sentem capazes de reconhecer a gravidade do problema nem de oferecer orientações adequadas.

Em nosso cotidiano de atuação na Residência Multiprofissional em Saúde, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, presenciamos a manutenção desse problema através da atuação conjunta com as ACS do município de São Gonçalo do Amarante. A reflexão aqui desenvolvida faz parte de uma análise da experiência realizada nos cenários de prática com a finalidade de extrair conhecimentos, reflexões e recomendações para novas formas de atuação junto ao problema do desenvolvimento da atenção à saúde mental na APS.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata do relato de experiência de uma psicóloga residente, vinculada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família, em conjunto com as ACS de três unidades básicas de saúde do município. O período da realização da experiência foi de março de 2017 a fevereiro de 2019. Para isso, realizamos uma sistematização de experiência que será relatada por meio das anotações de campo, memórias e registros da prática profissional.

A metodologia utilizada para a escrita do relato foi a sugerida por Holliday (1996), chamada

sistematização de experiências¹¹. Para o autor, sistematizar é interpretar criticamente uma experiência. Para isso, precisa-se tomar distância dessa, ordenar e reconstruir o processo vivido. “É uma interpretação que se caracteriza por descobrir a lógica que conduz o processo, quais os fatores que intervêm nele e as relações entre eles”^{11:25}.

Essa metodologia possui algumas características importantes que a diferenciam das outras formas de relatar experiências e que são motivos da escolha: a sistematização da experiência produz um novo conhecimento, partindo do concreto, possibilita sua compreensão e leva a transcendê-lo. Outra característica é a de objetificar o vivido, assim, distanciamos-nos do que experimentamos e convertemos a nossa experiência em objeto de estudo, de interpretação e de transformação; a sistematização acaba pondo em ordem conhecimentos desordenados e percepções dispersas sobre a experiência, possibilitando descobertas que ainda não sabíamos e clarificamos o que já sabíamos; por último, quando sistematizamos também atentamos para interpretações que os sujeitos têm sobre eles. Cria-se um espaço para que essas interpretações sejam discutidas, compartilhadas e confrontadas¹¹.

Contexto da experiência

São Gonçalo do Amarante é o maior município em extensão territorial da região metropolitana de Fortaleza. A cidade conta com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 132 ACS. Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, o município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, o hospital geral com dois leitos psicossociais, duas equipes NASF compostas por psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física. Além disso, possui duas turmas de residência na ênfase em Saúde da Família e Comunidade e uma turma de residência em Saúde Coletiva que estão lotadas atualmente em seis UBS.

O município abriga o Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP), que é constituído pelo Porto do Pecém e diversas indústrias. Esse fato influencia em várias características da população. O mercado de trabalho fica mais acessível. O complexo portuário, por sua vez, traz uma população flutuante significativa, o que ajuda no comércio e nos serviços locais. Porém, existem vários impactos negativos. Pesquisas que analisam

as implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde dos moradores que vivem na área onde foi instalado o CIPP relatam que as significativas transformações introduzidas nos territórios pelos processos produtivos incidem sobre os condicionantes da saúde e provocam repercussões sobre o processo saúde-doença¹². Entre os impactos observados, evidenciam-se problemas relacionados às partículas aéreas, problemas na comunidade relacionados à violência, consumo de drogas ilícitas e prostituição¹³.

A experiência relatada no trabalho ocorreu em três áreas do município: Sede I, Acende Candeia e Lagoinha. As três áreas são limítrofes, porém possuem características bem diferentes. Existem áreas rurais e urbanas, áreas de grande vulnerabilidade social e de classe média. O cotidiano do tráfico de drogas está presente em algumas localidades, além das que estão nos arredores do CIPP.

A prática aconteceu em conjunto com 25 ACS, contando com a rotatividade dos contratos temporários de alguns desses, o que dificultou os trabalhos no período de atuação da residência; além disso, foram realizadas reterritorializações ocasionadas pelo crescimento populacional de algumas áreas. No caso da área de Acende Candeia, onde há uma população indígena, duas das ACS da unidade foram transferidas para uma unidade de conservação indígena em Caucaia.

RESULTADOS

Abordaremos aqui os processos de trabalho e as principais atividades desenvolvidas da intervenção realizada entre a equipe NASF e as ACS, refletindo sobre seus efeitos e desdobramentos no cotidiano.

O fluxo de identificação e encaminhamento dos casos de saúde mental

No município, o trabalho da ESF em relação às queixas referentes à saúde mental ocorre da seguinte maneira: os casos chegam por demanda espontânea e/ou encaminhados pelo ACS. Após a avaliação, podem ser encaminhados para níveis mais especializados ou mantidos na UBS para acompanhamento multiprofissional. Os profissionais de saúde mental do NASF também fazem o elo através de discussão de casos e visitas domiciliares. O NASF, com a parceria dos residentes, e o CAPS, realizaram, no período da experiência, momentos de matriciamento com toda

a equipe das unidades de saúde com as ACS para o acompanhamento e identificação desses casos. Algumas ACS possuem uma formação mais aprofundada em relação à saúde mental, em decorrência de sua participação no projeto “Caminhos do Cuidado”⁸, mas essas fazem parte de uma minoria. Existe uma rotatividade frequente das profissionais e ainda uma escassa qualificação em saúde mental para a maioria da categoria.

Quando o usuário chega ao CAPS e inicia o acompanhamento naquele serviço, as questões de saúde mental parecem ser transferidas para esse equipamento e esquecidas pela ESF. Quando os profissionais do CAPS percebem que o paciente está estável em relação aos sintomas e ao uso da medicação, ele é “matriciado”, ou seja, começa a ser acompanhado pelo médico da Unidade de Saúde.

O CAPS encaminha o paciente com uma ficha para ser anexada ao prontuário da UBS, que informa qual o medicamento e o tempo que vai precisar ser utilizado. Depois desse tempo de tratamento sugerido, o médico da UBS deve analisar a continuidade do remédio ou o desmame. Porém, o que acontece na maioria dos casos é a renovação da receita dos medicamentos da ficha por tempo indeterminado, sem reavaliações ou desmames.

Durante um levantamento realizado nas três áreas trabalhadas, encontramos diversos casos em que os pacientes utilizavam o mesmo psicofármaco há mais de 10 anos sem reavaliação. Esse fato pode acontecer pela frágil comunicação entre profissionais e usuários e o pouco uso de tecnologias leves. Além disso, a terapêutica é reduzida a psicotrópicos, o que torna o desmame desses medicamentos mais complicado. Também é observada a indicação abusiva de medicamentos para casos que mais se relacionam com questões sociais e econômicas¹⁴.

A percepção das ACS sobre as demandas de saúde mental

Diante desse fluxo e da convivência com a equipe de saúde percebemos certa seletividade entre casos de saúde mental por parte das ACS. Alguns eram considerados casos “reais” de saúde mental, por exemplo: os que apresentavam sintomas psicóticos e depressivos graves, os que envolviam sofrimento psíquico de crianças ou tentativas de suicídio. Outros, como uso abusivo de álcool e outras drogas, os que apresentam sintomas depressivos e ansiosos mais “leves” ou os que eram associados a questões

espirituais eram vistos como irrelevantes.

Durante o período da experiência presenciamos diversos casos que exemplificam as afirmações acima. Por exemplo: a alta procura dos ACS no início dos trabalhos para visita em conjunto com o NASF às crianças com qualquer comportamento considerado “fora do comum” a pedido dos pais. Desobediência, desafio, agitação, dificuldade no aprendizado, introspecção, luto, divórcio dos pais, eram os principais motivos para o encaminhamento ao serviço de psicologia do NASF. Aos poucos, fomos trabalhando as necessidades dessas crianças, mesmo com a dificuldade de atendê-las em um espaço sem nenhum recurso lúdico. A parceria com escolas e a importância de uma triagem foi necessária para conseguirmos atingir as prioridades mais urgentes. Essa procura foi diminuindo com o tempo, devido ao matriciamento junto às ACS e à parceria com as escolas.

Outros casos que ganhavam notoriedade e relevância pelas ACS eram os mais graves, com sintomas psicóticos como delírios, alucinações visuais e auditivas, mudanças bruscas de comportamento, emagrecimento extremo, agressividade, ideação suicida, entre outros. Essas questões eram entendidas pela maioria das profissionais como importantes e prioritárias. Apesar de conferirem relevância, também notamos que eram casos vistos ainda em meio a muitos estigmas e preconceitos, como o do medo de lidar por conta da agressividade, ou o entendimento das ACS de que, depois dos sintomas, esses usuários não responderiam mais por si mesmos, perdendo a autonomia por completo.

Em uma das áreas que trabalhamos, acompanhamos um caso de uma senhora com 60 anos de idade que fazia uso abusivo de álcool e de cigarro. Ela possuía diversos problemas de saúde decorrentes desse comportamento, além de estar em extrema vulnerabilidade social. Nós, residentes, construímos um Projeto Terapêutico Singular com sugestões de ações em curto, médio e longo prazos, que envolviam a saúde da usuária como um todo. Porém, poucas dessas ações foram concretizadas, devido, em grande parte, ao preconceito dirigido a essa usuária pela equipe de referência, inclusive pelas próprias ACS. Ela era culpabilizada por todas as questões de saúde e não era vista como prioridade. Além de que, a equipe afirmava impossibilidade de cuidado quando essa estava alcoolizada. Esse é apenas um exemplo, mas a desresponsabilização da saúde pelos problemas com álcool e outras drogas foi algo que

percebemos em todo o percurso de nossa atuação.

Vemos que essa moralização dos usuários de álcool e outras drogas comumente acontece na APS, como apontaram os resultados da pesquisa de Ronzani, Mota e Souza¹⁵, em que afirmam que há uma conotação moral em relação ao álcool que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação aos usuários pelos profissionais de saúde.

Percebemos também a dificuldade do acesso aos equipamentos de saúde de pessoas que faziam parte de religiões de matriz africana, relacionada à aversão por parte das ACS. Fatos como esses, provavelmente, dificultavam a ida desses usuários até a UBS. A Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, criada em 2003, que tem com o um dos objetivos lutar pelo direito humano à saúde, aponta como um dos desafios enfrentados nessa luta:

[...] o desconforto na aproximação do SUS e dos terreiros, tendo como foco o desconhecimento por parte dos profissionais sobre essa tradição religiosa, o preconceito e a ideia de que as religiões afro-brasileiras praticam o mal. Outro desafio foi lidar com a intolerância religiosa, uma vez que grande parte das equipes de saúde é formada por pessoas de outras religiões (católicos e evangélicos), que muitas vezes dificultam o acesso dos adeptos aos serviços oferecidos pelo SUS^{16:176}.

Outras questões muito comuns de serem vistas como “irreais” ou não prioritárias eram as relacionadas a transtornos mentais leves. Usuários com sintomas não associados a questões de saúde física eram, muitas vezes, classificados como fracos, incompetentes, preguiçosos, “pitiosos”, com falta de Deus, pessimistas. Uma fala de uma ACS quando questionada sobre uma paciente que tinha procurado diretamente a psicóloga para acolhimento referia-se à paciente da seguinte maneira: “Ela é muito mimada. Os pais dela não criaram direito e agora, que não está mais na asa deles, fica tentando chamar atenção da gente. Eu não dou bola. A senhora dá se quiser”.

O Caderno de Atenção Básica sobre saúde mental¹⁷ produzido pelo Ministério da Saúde, em 2013, depois de enumerar as várias esferas e âmbitos da vida de uma pessoa que sofre, explica que um sofrimento considerável pode surgir se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias dessas esferas e, ao ignorar isso, o profissional de saúde deixa de abordar uma

importante causa de sofrimento. Diz ainda que a expressão doença mental e seus eufemismos podem induzir a pessoa, seus familiares e sua comunidade a, pelo menos, dois erros muito comuns: um deles é o de associar a ideia de doença a um julgamento moral sobre a pessoa, como foi feito no exemplo acima.

Trabalhando em conjunto com as ACS

Com vistas a produzir modificações nesse processo de cuidado em saúde mental pelos serviços de atenção primária, e qualificar melhor o atendimento realizado pelas ACS, foram construídos alguns encontros para a formação e realizadas algumas intervenções em conjunto entre ACS e equipe NASF.

Os primeiros encontros com as profissionais ocorreram em reuniões para explicar o funcionamento da residência, em que foram acordados fluxos e as funções de cada profissional. Logo após, começamos com as visitas domiciliares conjuntas entre profissionais do NASF e ACS. Essas atividades aproximaram NASF e ACS, além de permitirem perceber melhor como funcionava a relação das Agentes Comunitárias com as demandas de saúde mental no território.

Eram marcados dois turnos de visitas domiciliares por mês em cada área; em cada turno, realizávamos quatro ou cinco visitas, em média. O esperado era que as ACS fizessem um rodízio, para escolha dos casos que deveríamos visitar. Mas isso raramente acontecia, nenhuma equipe conseguia organizar assim devido ao número de profissionais do NASF residentes ou não, à prioridade que davam para alguns casos em detrimento de outros e à sobrecarga de atividades que precisavam realizar.

Além das dificuldades para a realização de visitas, como carros indisponíveis, atividades no posto, eventos marcados no mesmo dia, entre outros, quando tentávamos marcar as visitas, as ACS não apareciam no seu dia, ou diziam que não tinham demanda para as categorias. Acreditamos que isso aconteça também por causa da pouca importância colocada nas visitas do NASF pela equipe de referência e coordenação das equipes. O que acontecia realmente era que algumas profissionais mais sensibilizadas com as questões de saúde mental iam à unidade no dia marcado e acabávamos conhecendo e acessando alguns territórios e casos mais que outros.

Na tentativa de entender os motivos de algumas profissionais estarem mais interessadas, percebemos que as responsáveis por locais urbanos eram mais

presentes. Foi levantada por mais de uma ACS a eficiência do trabalho da igreja e da medicalização, em detrimento do acompanhamento psicológico.

Notamos também a sobrecarga das profissionais, que eram responsáveis por muitas tarefas e possuíam dificuldades específicas, por exemplo: algumas tinham mais famílias que o ideal proposto pelas regulamentações da Política Nacional de Atenção Básica, outras dispunham de áreas grandes geograficamente, ou com difícil acesso, o que dificultava a locomoção, e a existência territórios com população flutuante devido ao complexo industrial. Outra questão relatada por elas era a quantidade de reuniões e formações que precisavam participar. Sendo um elemento-chave, a ACS é protagonista de muitos projetos e qualificações no município, de forma que, quando a gestão ou outros profissionais necessitavam passar uma informação específica para a população ou de reunir usuários, imediatamente procuravam essas profissionais, ocasionando diminuição do tempo na área e nas tarefas de rotina.

O estresse no trabalho é um fato que precisa ser considerado pelo trabalhador e pelos gestores. É necessário reavaliar as condições de trabalho dos ACS, dando apoio estrutural, material e psíquico, construindo estratégias para enfrentamento dos problemas vivenciados em seu cotidiano. Simões¹⁸ identificou em sua pesquisa vários fatores que geram estresse: nível salarial abaixo do desejado, falta de estrutura física e de material para desenvolvimento do seu trabalho, cobranças excessivas da população e de supervisores, falta de apoio da equipe de saúde, entre outras. Outros estudos também vêm mostrando muitos riscos aos quais estão expostas essas trabalhadoras¹⁹. Os fatores identificados, por sua vez, são constatados também com os da realidade da experiência.

Aponta-se para a importância da promoção de medidas preventivas e interventivas nas diferentes formas de exercício do trabalho do ACS, buscando estratégias para a minimização, enfrentamento e prevenção dos agravos, potencializando sua saúde.

Algumas atitudes foram tomadas diante dessas dificuldades, reuniões com as equipes e gestão, expondo os problemas e a importância do trabalho do NASF. Realizamos alguns momentos de matriciamento identificando usuários que necessitariam de acompanhamento domiciliar. Além de, em casos específicos, realizarmos visitas sem a presença das ACS. Evidencia-se, assim, a importância

da colaboração das profissionais para o acesso e continuidade do cuidado da população adscrita.

Nosso encontro com as ACS se dava além das visitas com reuniões de equipe, rodas de conversas e grupos nas comunidades, situações formais e informais de discussão de casos, comemorações etc. Isso colaborou também para estabelecer um melhor vínculo de trabalho, o que resultou em um trabalho mais eficiente.

As mudanças percebidas

Ao longo do trabalho, as resistências foram diminuindo; próximo ao fim da experiência, as profissionais já se apropriavam do fluxo e das demandas que deveriam encaminhar, a identificação dos casos tornou-se mais simples, questões que antes não eram identificadas como problema de saúde mental já chegavam aos profissionais do NASF e da ESF. As ACS conseguiram superar alguns estigmas e preconceitos com o desenrolar dos momentos de trocas, reuniões e capacitações. Essas avaliações foram realizadas por meio de observações, que permitiram identificar essas mudanças percebidas ao longo do período da experiência.

Por registrar os encontros com anotações em cadernos de campo, percebemos que, ao longo do trabalho, inicialmente, houve resistências das ACS às intervenções. No entanto, percebemos que, mais ao final, com o desenvolvimento da experiência, as profissionais já entendiam melhor sobre a demanda que deveriam encaminhar aos profissionais de saúde mental. Os relatos das ACS durante os encontros indicavam que pareceu ter ficado mais fácil identificar os casos a serem alvo dos cuidados em saúde mental. As profissionais já comentavam sobre questões que antes não identificavam como um problema de saúde. Notamos também que, por meio das verbalizações, já conseguiam superar alguns preconceitos e visões estigmatizantes sobre o sofrimento psíquico, incluindo os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Exemplificando a mudança, uma ACS solicitou uma roda de conversa sobre Redução de Danos para o uso de drogas em uma comunidade. Outra, contou sobre uma paciente que tinha crises de choro e introspecção, mas a família acreditava que seria uma forma de chamar atenção e justificar os problemas, castigando-a por isso. Mas a profissional achou importante uma conversa nossa com a paciente e a família. Um grupo de ACS participou de um curso de

educação popular, onde também pudemos contribuir. O curso trabalhou outras formas de olhar o cuidado da comunidade e um dos temas foi a saúde mental.

Devido à confiança estabelecida no trabalho dos residentes, nos tornamos referência de cuidado para a maioria das profissionais. Para a produção do vídeo realizado no final da experiência, mostrando o impacto da Residência no território, colhemos o depoimento de uma profissional de cada área e as falas eram sobre a maior proximidade e acessibilidade dos residentes e que isso facilitava o trabalho. Relatavam sobre ter sido uma ajuda que elas não imaginavam que conseguiriam e sobre os ensinamentos recebidos.

CONCLUSÃO

Percebeu-se, por meio desta experiência, a importância do trabalho conjunto entre psicólogas e Agentes Comunitárias de Saúde para qualificar os cuidados em saúde mental de base territorial. Dessa forma, demonstrou-se que estudos e intervenções no campo da Saúde Coletiva devem considerar a qualificação e cuidado com essas trabalhadoras tão importantes para a efetivação dos ideais do Sistema Único de Saúde.

Por se tratar de um relato de experiência circunscrito a uma região específica, não podemos generalizar que a compreensão e a intervenção das ACS sobre as questões de saúde mental são idênticas em todo o município. No entanto, o trabalho evidencia uma modificação importante que impactou o trabalho de uma parte dessas profissionais, possibilitando mudanças e qualificação na abordagem de problemas de saúde mental que antes eram ignorados.

Diante desse cenário, é fundamental que a educação permanente das ACS seja tomada como tarefa imprescindível para proporcionar melhores resultados na proposição de ações de saúde mental na Atenção Básica.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Beatriz de Sousa Pinho contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ronaldo Rodrigues Pires** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a estruturação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Alonso CMDC, Béguin PD, Duarte FJDCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev saúde pública*. 2018;52(14).
2. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):e00029818.
3. Fonseca AF, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista*. 2021;3(3):210-23.
4. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. p. 615-34.
5. DB Campos, IC Bezerra, MSB Jorge. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023167.
6. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*. 2017;27(3):813-33.
7. Brasil. Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
8. Torres O, Pekelman R, Bomm A, Costa G, Souza A, Rosa K, Vieira VL, Escobar J. Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental na atenção básica. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2016 Nov [cited 2018 Feb 09]. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3459>
9. Moro LM, Rocha KB. Estigma associado à saúde mental entre profissionais da atenção básica à saúde. *Paidéia*. 2022;32:e3214.
10. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2018 Oct 22];46(5):1170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>
11. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2ª ed. João Pessoa: UFPB, Ed. Universitária; 1996.
12. Bezerra MG, Rigotto RM, Pessoa VM, Silva FVE. Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2014 [cited 2019 Mar 11];19(10):4023-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09802014>
13. Nuto SAS, Filho EBB, Oliveira BFA, Freitas RWJF, Couto LO, Jacobson LSV, et al. Complexo industrial

e portuário do Pecém: um inquérito epidemiológico. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2021;26(5):1613-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04292021>

14. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface (Botucatu). 2014;18(48):61-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>

15. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar 19];43(Suppl 1):51-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=pt

16. Silva JM. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Saude soc [Internet]. 2007 [cited 2019 May 29];16(2):171-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200017&lng=pt

17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília (DF); 2013.

18. Simões AR. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 08];2(1):06-21. Available from: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/37>

19. Arruda GMMS, Nógimo BLA, Queiroz DM, Araújo Filho PA. Riscos ocupacionais dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do Ceará. Sanare. 2021;20(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1342>

